

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 92

MYOMETOMIE

AU COURS DE LA GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 mai 1925

PAR

Jean-Paul-Roger DENIS

INTERNE DES HÔPITAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 23 août 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOÛIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	<i>Juges.</i>
		PERY, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548625_0110



UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 92

MYOMECTOMIE

AU COURS DE LA GROSSESSE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 mai 1925

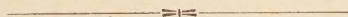
PAR

Jean-Paul-Roger DENIS

INTERNE DES HÔPITAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 23 août 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.. . . .	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires..	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie....	SELIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CHEYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE

En témoignage de mon amour filial.

A MA MÈRE

Qu'elle veuille trouver ici toute l'expression de ma grande affection et tous mes vœux pour le rétablissement de sa santé durement éprouvée.

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

JEAN LABADIE-LARROUDÉ

En souvenir et en reconnaissance de ses nombreux bienfaits.

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. BOUSQUET

En hommage au clinicien averti, en reconnaissance au bienveillant chef de service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ARNOZAN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBREUILH

A LA MÉMOIRE

DE MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLAR

En respectueux souvenir au brillant chirurgien disparu.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

En reconnaissance, cher Maître, pour
avoir su, par votre enseignement, votre
exemple de maîtrise opératoire et votre
haute conscience professionnelle, nous faire
aimer la chirurgie au seuil de nos études.

A MES MAÎTRES D'INTERNAT

A MONSIEUR LE DOCTEUR VERDELET

En remerciements, cher Maître, de l'enseignement clinique que vous avez bien voulu nous donner au cours de notre premier stage d'interne et de la bienveillance avec laquelle vous nous avez accueilli.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CABANNES

En reconnaissance, cher Maître, de votre si franche et si cordiale hospitalité dans votre service et des précieux conseils que vous avez bien voulu nous y prodiguer.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RABÈRE

Durant un an, cher Maître, j'ai séjourné dans votre service et ne puis que garder un excellent souvenir de l'enseignement pratique que vous n'avez cessé de m'y donner.

A LA MEMOIRE

DE MONSIEUR LE PROFESSEUR VENOT

Respectueux souvenir de son dernier interne, au Maître, si bon disparu.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAPIN

Par vos leçons si claires et si vivantes, vous m'avez fait comprendre, cher Maître, qu'un examen clinique approfondi était le prélude nécessaire et obligatoire de l'acte opératoire et que nul chirurgien, digne de ce nom, ne pouvait y renoncer.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARRIER

Vous m'avez fait bénéficier, cher Maître, au cours de mon stage d'interne dans votre service, de toute votre expérience clinique, de la finesse de votre diagnostic et de votre habileté opératoire. Vous m'avez accueilli avec la plus grande bienveillance; pour tous ces bienfaits, je ne puis que vous être profondément reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. LAFFARGUE

Auprès duquel j'ai retrouvé, dans le chef de service, un ami plein de dévouement qui a bien voulu me faire bénéficier de son expérience et me faire partager ses travaux de chirurgie infantile.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE

A la fin de notre internat, nous avons été heureux, mon cher Maître, de trouver auprès de vous un si bon accueil. Nous vous remercions d'avoir, par votre exemple, su nous faire comprendre que le sens clinique et la simplicité opératoire étaient les qualités maîtresses du brillant chirurgien.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

En reconnaissance, cher Maître, pour votre
si bienveillant accueil dans votre service
au cours de notre troisième année d'internat,
pour l'intérêt que vous n'avez cessé de nous
porter et pour le si profitable enseignement
que vous avez bien voulu nous prodiguer.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

En remerciement, cher Maître, de l'honneur que vous avez bien voulu nous faire en nous donnant le sujet de notre thèse et en acceptant d'en être le président.

MYOMECTOMIE

AU COURS DE LA GROSSESSE

INTRODUCTION

Grosse, en 1902, donnait à sa thèse la conclusion suivante :
« Lorsque, chez une femme enceinte, les accidents gravidiques causés par le fibrome menacent la vie de la femme et qu'il y a lieu d'intervenir au cours de la grossesse, on pratiquera, s'il est possible, la myomectomie, en laissant l'utérus intact; c'est l'opération de choix. »

Burty, en 1907, conseille également la myomectomie aussi souvent qu'elle sera possible.

Certains auteurs de l'école allemande : Laudau, Bumm, Tauffer, concluent que cette intervention n'est pas très grave pour la mère et permet le plus souvent de mener la grossesse à terme.

Tout au contraire, Dimitri Ott affirme que la grossesse évolue rarement jusqu'au bout après la myomectomie, et que le plus grand avantage de cette opération conservatrice n'est pas de respecter la grossesse existante, bien compromise, mais de permettre des grossesses ultérieures.

Il y a ainsi une contradiction formelle entre ces deux opinions chirurgicales. Il semble que la clef de la solution n'est pas dans la prise en considération absolue de l'une ou de

l'autre de ces deux affirmations, mais plutôt dans la discrimination des caractéristiques des diverses myomectomies pratiquées.

Sous ce nom, en effet, sont comprises des opérations bien différentes, pouvant aller du haut en bas dans la gamme de la difficulté opératoire et de la gravité qui en est la conséquence directe. Il est peut-être abusif de confondre sous la même étiquette la simple section d'un pédicule, mince et long, au bout duquel flotte une tumeur fibreuse appendue et libre dans l'abdomen, et la myomectomie véritable, où le chirurgien peut être amené à sculpter littéralement en plein tissu utérin pour énucléer la tumeur de sa loge, au risque d'ouvrir la cavité utérine.

On ne saurait comparer la gravité opératoire de ces deux genres d'opérations, tant pour la mère que pour l'enfant, et pourtant on ne trouve guère trace de cette distinction toute légitime dans les statistiques antérieures.

Parmi les travaux les plus anciens, Apfelstedt trouve 32 myomectomies abdominales avec 6 morts maternelles, 26 guérisons maternelles avec 15 accouchements à terme, 11 grossesses interrompues (avortements ou accouchements prématurés). Thurner publie 40 cas avec 2 morts maternelles, 38 guérisons avec 28 accouchements à terme, 10 grossesses interrompues (avortements ou accouchements prématurés). Turner cite 44 cas avec 4 morts, 40 guérisons, dont 31 accouchements à terme, 7 avortements, 2 accouchements prématurés, soit 9 % de léthalité maternelle et 21 % pour l'enfant.

Les travaux plus récents de Cotte et Creyssel aboutissent à des conclusions plus favorables, puisque sur 82 cas on ne trouve qu'une mort maternelle et 17 % de mortalité fœtale.

Dans ces diverses statistiques, les auteurs comprennent toutes les myomectomies abdominales, quelles que soient les caractéristiques de la tumeur fibromateuse et sa difficulté opératoire. Il est pourtant impossible d'assigner à un fibrome interstitiel et à une tumeur pédiculée la même gravité d'intervention; il serait intéressant de donner à chacun ce qui lui revient, et ce sera le but de notre travail.

HISTORIQUE

La première myomectomie pour fibrome au cours de la grossesse fut une myomectomie vaginale, tentée en 1856 par Hauck. Cette voie vaginale, qui ne convient qu'à une catégorie très spéciale de fibromes utérins, fut ensuite pratiquée par divers autres chirurgiens, tels que Danyau, Ogden, Mayo, Robson, etc. Tout autre est la myomectomie abdominale, plus grave en soi et presque impraticable avant l'ère aseptique, au point qu'elle fut complètement abandonnée et ne put être reprise et vulgarisée que par Martin, de Berlin, en 1873.

En France, les premiers cas de myomectomies abdominales furent ceux de Péan (1874) et de Routier (1886).

En Allemagne, elle fut pratiquée beaucoup plus souvent dès son introduction; Thornton, Schroder, Trommel, Stüdgart, communiquèrent plusieurs cas de myomectomies.

En Amérique, les statistiques étaient beaucoup plus fournies dès 1890.

De 1890 à 1900, on relève dans la littérature française 36 observations, avec une amélioration progressive de la statistique. De 1900 à 1913, vingt-sept cas de myomectomies permettent de constater un bon résultat pour la mère et l'enfant dans la majorité des cas.

Ce petit nombre d'interventions peut être expliqué par une abstention plus grande qu'aujourd'hui, ou bien par la moindre considération accordée alors par les chirurgiens à cette opération.

Sur la question si délicate de l'abstention au cours des grossesses compliquées de fibrome se greffe toute la discus-

sion engagée, en 1901, à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris. Au cours de ces débats deux camps bien distincts se trouvaient en présence.

1° Les abstentionnistes, pour la plupart accoucheurs (Pinard Bar, Ribemont-Dessaignes, Lepage) et un certain nombre de chirurgiens, Routier, Quénu, Delbet, Segond, Monprofit, Delagenière, Pozzi, arrivaient à conclure :

« L'expectative est une règle presque absolue, même si l'accoucheur a des craintes; il doit attendre le début du travail et intervenir s'il y a lieu. Les seules exceptions à cette règle sont l'apparition de complications graves au cours de la grossesse, hémorragies, troubles de compression, etc. » (Pozzi.)

2° Les interventionnistes étaient, pour la plupart, des chirurgiens (Richelot, Schwartz, J.-L. Faure, Condamin), et désiraient avant tout sauvegarder la vie de la mère et tenaient pour plus négligeable l'existence plus hypothétique de l'enfant.

A l'étranger, l'école allemande était plutôt abstentionniste, avec Wertheim Olshausen et Hofmeyer, tandis que les Américains étaient plutôt franchement interventionnistes.

Cette divergence d'idées, absolue en principe, est peut-être plus apparente que réelle. En effet, les accoucheurs sont, par raison, portés à l'expectative, vu le grand nombre de fibromes qu'ils voient évoluer sans complication jusqu'au terme, tandis que les chirurgiens ne sont guère appelés qu'à examiner uniquement les fibromes entraînant des troubles très graves et par là une intervention nécessaire.

LES INDICATIONS DE LA MYOMECTOMIE AU COURS DE LA GROSSESSE

La myomectomie au cours de la grossesse ne doit pas être considérée de parti pris sous un jour favorable ou défavorable soit par les accoucheurs, soit par les chirurgiens. Cette intervention présente, en effet, des indications tout à fait différentes : les unes font de la myomectomie une véritable opération d'urgence, d'autres, au contraire, sont plus discutables et constituent à proprement parler des indications relatives. Les anciennes controverses consacrent donc un esprit trop absolu dans le jugement de cette opération, et il semble qu'il faille s'en tenir aux idées résumées dans la phrase de Pozzi : « La myomectomie au cours de la grossesse est une opération d'exception, qui ne doit être faite qu'en vertu d'une indication impérieuse. Elle doit être pratiquée avec des précautions spéciales. La grossesse peut continuer à évoluer et l'accouchement se faire à terme. »

Quelles sont donc les indications de la myomectomie ?

Certaines indications sont véritablement *formelles* et nous devons dans ces cas pratiquer une véritable opération d'urgence; par exemple :

1° LA TORSION DE L'UTÉRUS FIBROMATEUX est d'un diagnostic clinique malaisé et ne se vérifie guère qu'à l'intervention.

2° LA TORSION DU PÉDICULE DU FIBROME entraînant ou non la nécrobiose de la tumeur. Ces accidents de torsion sont différents dans leur allure clinique et peuvent être marqués par un début :

a) *brusque* avec douleur syncopale en coup de poignard,

avec signes péritonéaux, pouls rapide et filant sans température;

b) *lent* avec douleur plus atténuée, rémissions et apparition tardive des signes péritonéaux, douleur au palper du fibrome.

3° On peut observer au cours de grossesses avec *fibrome* des *réactions péritonéales*, de gravités très diverses :

a) *la péritonite aiguë* franche ne peut provenir que d'un foyer de nécrose infecté soudainement et propagé à la grande séreuse péritonéale. Elle est d'ailleurs aussi rare que grave;

b) *la péritonite plastique*, dont la constatation se fait à l'intervention, n'est que la traduction du processus d'irritation chronique autour du fibrome. Elle se traduit cliniquement par des douleurs abdominales intenses et continues avec météorisme, vomissements pouvant aboutir à l'obstruction et à l'occlusion intestinale et par conséquent à l'opération d'extrême urgence.

4° L'utérus gravide dont le volume est encore augmenté par celui du fibrome peut également entraîner de nombreuses *compressions* surtout par les tumeurs de segment inférieur.

Tous les organes voisins peuvent être comprimés, en particulier dans les cas d'enclavement de l'utérus gravide dans le bassin.

A. — *La compression du rectum* se traduit par une constipation opiniâtre dont le toucher rectal donne facilement la clef. A la longue il s'établit chez le malade de la stercorémie avec tous ses accidents nerveux, digestifs, mauvais état général et amaigrissement, qui plongent le malade dans un état inquiétant de faiblesse.

* B. — *Les voies urinaires peuvent également être comprimées à différents niveaux.*

a) L'urètre peut être écrasé par un fibrome postérieur qui refoule l'utérus en avant, ou bien par un fibrome antérieur du segment inférieur comprimant l'urètre contre la symphyse pubienne.

b) Il peut y avoir *rétention vésicale complète* ou incom-

plète, avec possibilité d'infection de la vessie et même d'infection ascendante de tout l'arbre urinaire.

c) La compression urétérale peut aboutir à une uronéphrose qui pourra évoluer vers une pyonéphrose ou une pylonéphrite suivant que la poche infectée sera exclue ou non. La bilatéralité des compressions urétérales se traduira par de l'anurie qui est en même temps l'expression de lésions rénales très avancées dont le pronostic est des plus sombres.

C. — *Le plexus sacré* peut également être écrasé contre les parois postérieures du bassin, et le malade se plaint alors de douleurs sacrées intenses, avec irradiations au périnée et aux membres inférieurs. Dans certains cas, ce sont des douleurs de névralgie crurale, sciatique ou obturatrice, augmentant par la fatigue et nécessitant un repos prolongé.

D. — Enfin les *troncs veineux* du petit bassin peuvent être comprimés et donner des *varices des membres inférieurs*, de l'œdème remontant progressivement vers l'abdomen avec possibilités de poussées phlébitiques, thrombose et menaces continuelles d'embolies.

5° Il peut se produire des *métrorragies* incessantes dans certains fibromes au cours de la grossesse; elles sont particulièrement fréquentes dans les fibromes du col, à évolution surtout vaginale. Elles ne tardent pas à retentir sur l'état général et conduisent d'autant plus facilement à l'intervention qu'on observe simultanément des accidents d'excitation cervicale pouvant déclancher à chaque instant des contractions utérines, prélude d'un avortement ou d'un accouchement prématuré.

La myomectomie reconnaît également des *indications relatives* dans lesquelles elle n'a plus le même caractère de nécessité urgente et où elle est naturellement plus discutable. La longue expérience des accoucheurs les amène en effet à conclure qu'il est difficile de prévoir à l'avance quelle sera l'évolution d'une grossesse gênée par un fibrome et quel sera l'avenir du travail. Il y a de nombreuses modifications de la tumeur dues à la gravidité, un travail de ramollissement et

de laminage au cours de l'accouchement, même dans certains fibromes prævia du ligament large, qui amènent à une heureuse issue les cas parfois les plus sombres.

Peut-être le siège de la tumeur peut-il faire prévoir jusqu'à un certain point ce qui arrivera; en l'espèce les tumeurs du corps utérin auraient tendance à remonter, surtout si elles sont sessiles au fur et à mesure de l'ascension du globe utérin.

Les tumeurs pédiculées peuvent s'enclaver dans le cul-de-sac de Douglas et être réductibles par le toucher, mais parfois elles contractent des adhérences et doivent dès lors être considérées comme des tumeurs du segment inférieur (Bon). Les fibromes du segment inférieur ont un pronostic variable suivant leur point d'insertion, les tumeurs de la paroi latérale ont des chances de s'élever au moment du travail et n'ont donc pas d'indication immédiate pour la myomectomie.

Les noyaux de la face postérieure s'enclavent dans le Douglas, ceux de la face antérieure gênent la présentation dans ces deux cas il y aurait une indication beaucoup plus nette, ainsi qu'en conclut Fontaine en 1914.

Quant aux fibromes inclus dans le ligament large, ils n'ont aucune raison de faire ascension dans l'abdomen, ils devraient logiquement constituer une cause de dystocie. Il n'en est pas fatalement ainsi; et de nombreuses observations ont montré un accouchement spontané avec une tumeur prævia d'un ligament large, ramollie et laminée.

Aussi les idées ont-elles évolué, et d'après les conclusions du rapport de Labey (38^e Congrès de chirurgie 1924), peut-on conclure que les indications relatives de la myomectomie se sont considérablement restreintes.

L'expectative armée, ainsi que l'a préconisée M. le Professeur Bégouin, est donc, dès lors, la meilleure ligne de conduite. Il faut attendre le travail et n'intervenir que s'il n'y a ni ascension de la tumeur, ni modification rendant l'accouchement possible au bout d'une surveillance continue de

quatre heures. Après ce laps de temps, s'il n'y avait aucune amélioration, et si la vie de la mère ou de l'enfant était en danger, on doit pratiquer une césarienne, avec myomectomie ou hystérectomie suivant le cas.

Nous pouvons donc conclure, en résumé, que la myomectomie, opération de choix pour les fibromes d'utérus gravidiques, reconnaît certaines indications formelles, où elle revêt un caractère de grande urgence, mais que la plupart du temps, ses indications *au cours* de la grossesse sont beaucoup plus relatives.

Il nous reste à fixer :

Quel est le moment de la gestation le plus propice pour pratiquer cette intervention ? En effet, l'âge de la grossesse et le développement fœtal sont des facteurs primordiaux. Chirurgiens et accoucheurs sont d'accord pour reconnaître qu'il ne faut opérer après le sixième mois, uniquement, que des cas exceptionnels qui sont réellement en dehors de toute considération d'âge de la gestation. Mais, dans tous les autres cas à *indications relatives*, la période d'intervention optima est constituée par les six premiers mois. En précisant encore davantage, et en tenant compte de la vitalité et de la fixation de l'œuf, en même temps que du degré d'accroissement possible du fibrome, on peut dire avec Vautrin et Jamain que le moment le plus favorable est le troisième mois. Vincent et Ferrari préfèrent le cinquième mois, Fontaine le troisième mois. Baudot le cinquième mois. La plupart des myomectomies sont, d'après les statistiques, pratiquées au cours des troisième et quatrième mois de la gestation, soit que les malades soient venues se faire examiner à ce moment, soit que cette époque ait été attendue par les auteurs avant d'intervenir.

LES CONTRE-INDICATIONS DE LA MYOMECTOMIE

Il existe un certain nombre de contre-indications tendant à restreindre notablement le champ de la myomectomie. Ces contre-indications peuvent être de natures diverses et venir :

1° D'AFFECTIONS MATERNELLES :

a) *Un mauvais état général* dû à des affections surajoutées peut interdire momentanément ou définitivement toute intervention ;

b) *Les lésions infectieuses* des annexes sont parfois tellement à redouter que certains chirurgiens, avec Tuffier et Burty, y voient une indication formelle de l'hystérectomie et non de la myomectomie ;

c) *Les modifications de structure de la tumeur*, telles que le *sphacèle*, soit d'un fibrome pédiculé ou d'un fibrome sessile constituent également pour certains auteurs une indication de l'hystérectomie. Il faut faire naturellement exception pour les polypes fibreux sphacélés, accouchés par le vagin. Il est vraisemblable qu'en matière de sphacèle de fibromes utérins, il s'agit de cas d'espèces et de circonstances, et qu'il est parfaitement possible de faire une opération conservatrice dans le cas d'un fibrome pédiculé sphacélé, alors que la myomectomie vraie dans le cas de tumeur sessile sphacélée est, sinon impraticable, du moins à ne pas recommander.

2° LES CONTRE-INDICATIONS OVULAIRES provenant surtout des lésions infectieuses de l'œuf doivent faire renoncer à la myomectomie. On doit en effet craindre, dans ces cas d'infection ovulaire, une propagation infectieuse au muscle utérin et au péritoine, même sans ouverture de la cavité utérine, et cela, malgré les meilleures sutures.

Beaucoup d'auteurs, avec Joubert, en font une contre-indication absolue à la myomectomie.

3° La TUMEUR elle-même peut enfin contre-indiquer pour plusieurs raisons la myomectomie et y faire renoncer dès la laparotomie, parfois avant même l'intervention.

a) Les *fibromes à marche galopante* sont de véritables tumeurs malignes, pour lesquelles Doleris et Monprofit ont préconisé d'emblée « l'hystérectomie », malgré la grossesse en cours. C'est également la conduite adoptée par Fournier et Audebert dans leur observation relatée dans *Gynécologie et obstétrique*, 1923. Grossesse de 3 mois 1/2, fibrome à allure galopante avec contractions utérines annonçant l'avortement et signes de compressions. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

b) Ce n'est parfois qu'au cours de l'intervention que le chirurgien est obligé de renoncer à la myomectomie, soit parce qu'il existe un fibrome unique, énorme et sessile, dont l'énucléation creuserait le muscle utérin d'une brèche irréparable, ou bien des fibromes multiples dont l'extirpation transformerait le globe utérin en une éponge sanglante, déchiquetée, aux points faibles innombrables, dangereuse par sa difficile hémostase et par l'avenir sombre pour l'accouchement. Enfin certains fibromes diffus rendent toute tentative d'énucléation impossible, il n'y a pas de plan de clivage et, parfois, la seule récompense des efforts du chirurgien est une hémorragie incoercible, qui le conduit naturellement à l'hystérectomie, ainsi que le prouvent certaines observations.

Observations avec contre-indication à la myomectomie.

OBSERVATION I

(CHIFOLIAU, *Progrès médical*, 1922).

M. W., 41 ans, dernières règles en octobre 1919. Antécédents : deux fausses couches et une phlébite sans cause. Légères métrorragies

le 6 et le 30 octobre. Le 1^{er} décembre, violentes douleurs avec vomissements bilieux, avec constatation d'une masse dans le flanc droit. Après une accalmie, les douleurs reprennent très intenses le 24 janvier 1921.

Abdomen énorme. On constate une tumeur atteignant les fausses côtes, dure surtout à gauche, avec gros frottements péritonéaux à la palpation.

Intervention. Extériorisation d'un gros fibrome bosselé (4 k. 650), tout l'utérus est bourré de noyaux fibromateux. Hystérectomie subtotale. Guérison.

OBSERVATION II

(Maurice RIVIÈRE et LACOUTURE).

Fibrome utérin du segment inférieur, sessile, avec placenta prævia. Grossesse de 8 mois. Opération césarienne à 8 mois. Myomectomie impossible. Hystérectomie subtotale. Guérison.

OBSERVATION III

(GILLES).

Grossesse de 3 mois 1/2 avec douleurs violentes. Trois enfants, dernières règles en février 23. Début mai, les crises douloureuses tendent à disparaître, mais la malade constate l'apparition d'une tumeur dans la fosse iliaque, avec accroissement rapide.

Le 28 mai, reprise de douleurs qui sont paroxystiques au palper, utérus dont le fond est à 18 centimètres du pubis, sur le côté gauche, tumeur grosse comme une mandarine, très douloureuse, mobile au palper combiné, on voit qu'elle fait corps avec l'utérus et qu'elle est dure comme du bois.

Opération le 7 juin sous rachi-anesthésie. L'utérus a plusieurs tumeurs dont une, plus grosse que les autres, est sur la face antérieure près de la corne utérine gauche. Enucléation de cette tumeur et d'un autre fibrome de la face postérieure. Mais cela a creusé dans l'utérus des cavités telles qu'il y a hémorragie très abondante, résistant au capitonnage, on est obligé de terminer par une hystérectomie subtotale. Guérison.

OBSERVATION IV

(REEB.)

M. I., 33 ans, secundipare, dernières règles décembre 1919. Examinée le 13 janvier 19 pour pollakiurie avec impossibilité de vider intérieurement sa vessie. Les jours suivants, nécessité de sonder la malade. A l'examen, tumeur élastique, médiane, dépassant l'ombilic, douloureuse, accompagnée d'une autre grosseur atteignant le rebord costal. Le col utérin est tout près de la symphyse. Grosse tumeur dans le Douglas.

Diagnostic. Utérus rétrofléchi avec incarceration dans le bassin et fibrome enclavé, cystite. Tentative inutile de réduction sans anesthésie, Laparotomie : utérus de 4 mois, enclavé à gauche dans le bassin, fibrome gros comme deux poings, situé sous le côté droit de l'utérus sur le corps utérin.

Désenclavement de la tumeur et de l'utérus qui est lui-même bourré de noyaux fibromateux. La myomectomie est impossible. Hystérectomie subtotale. Guérison avec disposition à la cystite, due à la compression du col vésical.

OBSERVATION V

(REEB.)

M. F., 32 ans, primipare, dernières règles fin mai 1919. Grossesse de 5 à 6 mois avec gros fibrome sessile, accolé au flanc droit. Etat général mauvais, signes de compression intestinale avec phénomènes péritonéaux. Laparotomie le 8 nov. 19. Fibrome gros comme une tête de nouveau-né, sessile, avec une large base d'implantation près du ligament rond. Paroi utérine très amincie, nombreux noyaux sous-péritonéaux. Impossibilité d'enlever ce fibrome sans traumatiser à l'excès l'utérus.

Abstention. Fermeture de la paroi. Guérison. Accouchement à terme le 26 janvier 1920 dans de bonnes conditions.

La femme subit une myomectomie de son fibrome « à froid » le 14 juin 1920. Guérison.

OBSERVATION VI

(CHIFOLIAU, 1924).

X., 36 ans, secundipare. Dernières règles juin 1924. Grosse tumeur dépassant l'ombilic et formée d'une partie centrale molle, rénitente analogue à l'utérus gravide. Dans le flanc gauche, fibrome pédiculé, mobile, douloureux. A droite, grosse masse ferme, peu mobile, semblant être un fibrome intraligamentaire. Laparotomie le 29 novembre 1924.

Enucléation d'un fibrome sous-péritonéal gauche, mais la grosse masse fibromateuse droite remplit le petit bassin et fait le tour du col sous le péritoine. Tentatives d'enucléation infructueuse, car la tumeur est molle, se déchire et saigne abondamment. Hystérectomie subtotale avec conservation d'un ovaire. Guérison.

OBSERVATION VII

(FERRÉ, Pau).

C. B., 36 ans, primipare envoyée pour tumeur abdominale, volumineuse, compliquant une grossesse de 5 mois. C. B. a un état général satisfaisant, mais a ressenti des douleurs abdominales vives depuis 1 mois, qui l'ont amenée à se faire examiner par une sage-femme et un confrère qui ont constaté une tumeur utérine à accroissement assez rapide.

Examen : masse du volume de deux poings réunis, de consistance ferme, assez peu sensible au palper et située devant l'utérus gravide. Des tractions prudentes font penser que la tumeur est séparable du globe utérin et lui semble reliée par un pédicule, on pense à un kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule.

Laparotomie après un repos de quatre jours : on trouve un fibrome interstitiel de la paroi antérieure de l'utérus, flanqué de 2 autres noyaux fibromateux également interstitiels et plus gros qu'une noix. Aucune trace d'inflammation chronique et aucune adhérence épiploïque.

Etant donnés les risques connus d'hémorragie difficilement coercibles dans la myomectomie d'un fibrome sessile et le désir prédomi-

nant de conserver cette grossesse, je me borne à refermer la paroi abdominale, remettant à plus tard le traitement des tumeurs. Guérison opératoire. Accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant de 2 kilos 120 gr. Placenta pesant 400 grammes, épais, à sillons larges et profonds.

En raison de l'accouchement prématuré et de l'aspect du placenta, le nouveau-né est soumis immédiatement aux frictions mercurielles. Un mois après la mère et l'enfant allaient bien.

TECHNIQUE DE LA MYOMECTOMIE

La myomectomie peut être pratiquée par trois voies d'accès différentes, chacune concernant un type de localisation de fibromes. Parmi les statistiques publiées, la myomectomie abdominale l'emporte de beaucoup sur les autres procédés, et ce n'est guère que pour mémoire que nous signalerons l'opération de Czerniz à peu près abandonnée. Quant à la voie vaginale, elle a ses indications très restreintes, puisqu'elle ne peut s'appliquer seulement qu'aux fibromes du col et aux polypes fibreux accouchés dans le vagin.

Presque tous les auteurs, Paucot et Levant en particulier, s'efforcent, parmi les soins préopératoires, de sidérer au maximum, par l'administration de médications opiacées, le muscle utérin. Ils administrent, en effet, de la morphine ou un de ses dérivés, dès la veille de l'opération, et à doses assez massives, puisqu'ils atteignent le chiffre de cinq centigrammes, et poursuivent cette médication durant les dix jours qui suivent l'opération.

A. — La myomectomie abdominale emprunte la voie de la laparotomie sous-ombilicale médiane; quelquefois même, elle nécessite une incision susombilicale, dans les cas d'opération sur un utérus gravide avancé dans la gestation, ou bien de tumeur fibromateuse de gros volume. Le premier soin du chirurgien est alors de reconnaître la tumeur et l'utérus, de les libérer du voisinage dangereux de l'intestin, de la vessie et du rectum. Pour cela, la plupart des auteurs recourent à l'extériorisation de la masse totale, hors de la cavité abdomi-

nale. D'autres auteurs reprochent à cette technique de provoquer un véritable traumatisme opératoire et de venir irriter la susceptibilité, déjà très grande, de l'utérus gravide; pour eux, la fréquence de l'interruption de la grossesse, ne serait pas totalement étrangère à ces manœuvres de force (Cotte et Cressel, 1923).

Levant, au contraire, soutient qu'il vaut mieux exercer une unique traction sur l'utérus qui, en une bonne et seule fois, est ainsi extériorisé, mis à jour, et véritablement placé dans le champ d'action du chirurgien. Il y a dans ces diverses façons de procéder une question d'opinion personnelle et enfin la diversité des cas empêche véritablement d'être univoque sur cette question.

Le traitement de la tumeur elle-même est tout différent suivant que le chirurgien se trouve en face d'une tumeur sessile en pédiculée.

✓ Dans les fibromes pédiculés, opérés au cours de la grossesse, on peut dire que la facilité de l'acte opératoire est en raison directe de la longueur du pédicule. En effet, les tumeurs à pédicule long et mince, sont le plus souvent d'une mobilité étendue et la plus simple ligature du moyeu d'union de la tumeur et de l'utérus assurera l'hémostase. Il suffira d'en péritoniser le moignon et l'opération pourra ainsi être terminée sans avoir directement et longuement traumatisé le muscle utérin. Cette simplicité opératoire devrait logiquement donner des résultats d'une bénignité remarquable et nous ferait même volontiers discuter le terme de myomectomie appliqué à ces interventions.

Il est, dans ces cas, nécessaire d'inciser sur la tumeur, de rechercher un plan de clivage et de tenter de l'énucléer. Ce travail est d'une facilité tout à fait variable avec les cas. S'il en est qui n'offrent guère de difficultés, d'autres, au contraire, obligent à des efforts laborieux, agents de traumatisation marquée du muscle utérin. Quelquefois il est même impossible de pratiquer cette énucléation, ou bien il existe une hémorragie incoercible et le chirurgien se voit contraint à

l'hystérectomie. Il semblerait, vu cet ensemble de difficultés possibles au cours de l'intervention, qu'il faille vraiment réserver à ces cas de fibromes sessiles le terme de myomectomie, en opposition aux fibromes pédiculés, dont la technique opératoire est de beaucoup plus simple et plus logique.

Est-ce bien véritablement faire une myomectomie que de sectionner un pédicule auquel est appendu un fibrome dans la cavité abdominale ?

D'ailleurs, la gravité opératoire des fibromes sessiles est admise par la plupart des auteurs, comme beaucoup plus grande que celle des fibromes pédiculés; c'est ce que nous chercherons en effet à vérifier, en dépouillant les observations que nous avons pu colliger.

B. — Quant à la myomectomie vaginale, elle a des indications beaucoup plus restreintes que nous pourrions préciser en disant qu'elle convient :

1° *aux fibromes du col*, soit pédiculés, soit sessiles. Dans les cas de tumeurs sans pédicule, on doit procéder à l'énucléation avec précaution, afin de ne pas déchiqúeter à l'excès le col utérin, et terminer par un capitonage soigné ou un méchage;

2° *aux polypes sous-muqueux*, accouchés par le vagin pour lesquels la simple ligature, suivie de section, sera bien préférable par son innocuité à l'ablation par torsion du pédicule beaucoup plus traumatisante.

C. — La voie transvaginale de Czerny n'a été appliquée qu'aux fibromes bombant dans un cul-de-sac, ou tombant dans le Douglas. Elle consiste en une colpotomie antérieure ou postérieure suivant le cas, puis le fibrome est traité d'une manière variable suivant qu'il est sessile ou pédiculé; enfin on termine par la fermeture de la brèche vaginale. Cette voie d'accès est véritablement d'exception, plus aveugle que les autres et des plus incommodes en cas d'accidents au cours de l'intervention.

Le traitement postopératoire devra être particulièrement surveillé et l'administration de médicaments opiacés conti-

nuée pendant une dizaine de jours environ; afin de réduire au minimum les chances de contractions utérines et, par là, d'interruption de la grossesse.

La plupart des auteurs conseillent à cet effet, soit la morphine en injections sous-cutanées, soit des lavements laudanisés.

RESULTATS DE LA MYOMECTIONIE

De nombreuses statistiques, sur les résultats de la myomectionie au cours de la grossesse, s'échelonnent de 1871 à nos jours. En les comparant, nous pourrions constater plus loin que le pronostic maternel et fœtal de cette intervention s'est nettement amélioré avec les progrès de la chirurgie.

Afin de pouvoir tirer les conclusions des divers cas que nous avons pu relever, nous dresserons la statistique des interventions effectuées durant ces onze dernières années (de 1913 à 1924) et recueillies dans la littérature, en y joignant les observations qu'ont bien voulu nous communiquer les différents auteurs.

Notre étude portera sur le chiffre global de 82 cas, pour lesquels nous envisagerons les différents points suivants :

1° La mortalité opératoire maternelle est d'un très faible pourcentage, puisque nous ne relevons que deux décès (1^{re} observation de Paucot et Pacquet (1916), fibrome pédiculé tordu, péritonite; 2° observation de Descarpentries, mort par péritonite de cause inexpliquée); nous pouvons donc conclure qu'elle est de 2,47 %, c'est-à-dire un chiffre très minime.

2° La mortalité fœtale est également très faible, puisque sur ces 82 interventions nous trouvons seulement 9 avortements, soit 10,97 %. Nous ne comptons pas parmi les cas de mortalité fœtale les accouchements prématurés, qui sont au nombre de 6 et sont survenus entre 8 mois et 8 mois 1/2. Il y a peut-être dans ces accouchements prématurés d'autres éléments, tels que la spécificité possible, dont il faudrait tenir compte, mais qui ne sont pas signalés dans les observations.

Si nous comprenons dans un même chapitre, sous le nom d'interruption de la grossesse, ces 9 avortements et ces 6 accouchements prématurés, nous pourrions conclure que la grossesse a interrompu son cours normal 15 fois sur 82 cas, soit 18,29 %.

Il est remarquable de constater, par conséquent, le peu de gravité opératoire de ces interventions tant pour la mère que pour le fœtus.

Les résultats se sont d'ailleurs de beaucoup améliorés. Les statistiques antérieures à 1913 nous en donnent déjà une preuve.

Apfelstedt signale 11 avortements ou accouchements prématurés sur 32 cas, avec 6 morts maternelles. Thumin, sur 40 cas, cite 10 avortements ou accouchements prématurés avec 2 morts. Turner, en 1900, a recueilli 44 cas, avec 7 avortements, 2 accouchements prématurés, 2 morts. Fontaine, en 1914, relève les cas depuis 1874 en deux statistiques : de 1874 à 1900 il a trouvé 56 myomectomies avec 13 avortements et 6 accouchements prématurés, soit une proportion de 40 % et de 12 %; de 1900 à 1913, la statistique est déjà meilleure, sur 31 cas il y a 2 avortements et 2 accouchements prématurés, soit 6,6 % et 5,3 %.

Cette amélioration est due au perfectionnement de la technique et peut-être à la plus grande précision des indications opératoires, jointe à une plus grande perfection des soins pré et postopératoires.

3° Cette bénignité relative se retrouve également dans les suites opératoires immédiates; la plupart des auteurs donnent peu de précisions sur l'évolution de ces suites. Il est donc logique d'en conclure que, dans la plus grande majorité des cas, elles ont été des plus simples. Parfois avons-nous trouvé dans certaines observations des élévations thermiques, signalées dans les premiers jours après l'opération. Elles s'accompagnaient le plus souvent de troubles de parésie intestinale et n'étaient que des épisodes de courte durée. De même, l'embolie mortelle est-elle signalée à titre tout à fait exceptionnel; nous

n'en avons d'ailleurs relevé aucun cas parmi les 82 observations que nous avons dépouillées.

4° Après avoir ainsi essayé de déterminer la gravité de la myomectomie, tant au point de vue fœtal qu'au point de vue maternel, il nous reste à essayer de différencier les deux genres d'opérations, si distinctes, qui sont d'ordinaire décrites sous la même rubrique. Au point de vue de la difficulté de la technique opératoire, nous avons déjà pu conclure qu'un fibrome sessile était beaucoup plus délicat à traiter qu'un fibrome pédiculé au cours de l'intervention. Il est logique d'en déduire que normalement les résultats doivent être dans le même ordre d'idées et que la gravité opératoire d'un fibrome interstitiel doit être plus grande, aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

Sur les 82 cas qui nous restent, nous constatons que les auteurs sont intervenus sur 29 fibromes sessiles, qui ont entraîné 4 avortements et 3 accouchements prématurés. Ces mêmes auteurs ont également opéré 53 fibromes pédiculés, pour des raisons diverses, avec 5 avortements et 3 accouchements prématurés seulement. Nous savons par conséquent que, pour un chiffre moindre d'interventions sur fibromes sessiles, il y a un pourcentage d'interruption de grossesse supérieur à celui que nous trouvons dans les fibromes pédiculés. La comparaison de ces deux séries de cas justifie donc les prévisions que nous pourrions établir sur la gravité opératoire respective des fibromes sessiles ou pédiculés, ceux-là donnant 13,79 % d'avortements et 10,33 % d'accouchements prématurés, tandis que ceux-ci ne donnent que 9,43 % d'avortements et 5,66 % d'accouchements prématurés.

5° Enfin, les auteurs ont déjà recherché quelle était l'époque la plus favorable pour opérer, durant la gestation. Ainsi que nous l'avons déjà vu, la plupart ont été amenés à intervenir dans le 3^e ou le 4^e mois. En reprenant sur ce point l'étude des 82 observations que nous avons recueillies, nous constatons que les chiffres aux différents mois sont les suivants :

A 1 mois	1
A 2 mois	5
A 3 mois	27
A 4 mois	26
A 5 mois	20
A 6 mois	2
A 7 mois	1

Par conséquent, ce sont les 3^e, 4^e et 5^e mois qui ont été jugés comme étant les plus propices, avec prépondérance marquée pour le 3^e mois.

Cela est d'ailleurs justifié; car si nous recherchons la proportion d'avortements à ces différents stades, nous trouvons:

Au 3^e mois : 27 myomectomies : 2 avortements

Au 4^e mois : 26 myomectomies : 3 avortements

Au 5^e mois : 20 myomectomies : 4 avortements

Il est donc facile de constater que le nombre des avortements augmente avec l'âge de la grossesse, malgré le moins grand nombre d'interventions pratiquées. Il semble donc que plus la grossesse est avancée, plus elle est menacée d'avortement à la suite de l'opération, et qu'il y a tout intérêt à opérer vers le 3^e mois.

Telles sont les conclusions que nous pouvons faire sur la myomectomie; il nous reste à savoir quel est l'avenir de la malade après cette intervention.

Au point de vue de la solidité du muscle utérin, certains auteurs (Couvellaire, etc.) firent de sérieuses réserves pour les grossesses futures, en se basant sur la structure purement conjonctive de la cicatrice et l'impossibilité de la réfection de fibres musculaires à ce niveau; d'autres, au contraire, tels que Schaut, Audebert, Guillioud et Williams, émirent une opinion contraire en se basant sur des pièces opératoires. D'ailleurs, la rareté de la rupture utérine en est la meilleure garantie.

Une objection plus sérieuse est celle de la récurrence des noyaux fibromateux après la myomectomie. Il en existe dans la littérature d'assez nombreuses observations, mais il ne sem-

ble pas que la myomectomie, pratiquée au cours de la grossesse, soit plus entachée de récidives que celle pratiquée en dehors de cet état.

Benoit-Gonin a relevé 6,7 % de récidives seulement. Ces récidives sont d'ailleurs ou latentes et pourront permettre de nouvelles grossesses plus ou moins faciles, ou bien cliniquement perceptibles et nécessiteront un traitement immédiat.

Si nous consultons les statistiques des différents auteurs, nous pouvons constater que l'avenir obstétrical de la femme n'est pas mauvais puisque, en 1913, Goullioud, sur 74 opérées, voit 7 % de ses malades devenir enceintes.

Tuffier, en 1920, sur 135 opérées, en a 4 %; Mayo, en 1920, 8 %. Ces proportions peuvent paraître à première vue un peu faibles, mais il suffit de remarquer que sur les 74 cas de Goullioud, il n'y en avait que 26 mariées et âgées de 24 à 40 ans. La statistique de Benoit-Gonin (1913) est bien meilleure, puisqu'il a recueilli 125 gestations sur 99 femmes myomectomisées et avec 20 avortements seulement dont la cause d'ailleurs ne peut être rattachée à l'opération.

Il semble donc que la myomectomie soit bien l'opération optima dans la grossesse avec fibrome, tant au point de vue de la gravité opératoire pour la mère et pour l'enfant, qu'au point de vue de la possibilité de grossesses futures. Elle a ses indications absolues et ses indications relatives; ces dernières sont beaucoup plus discutables; il s'agit de cas d'espèces qui permettent de conclure que l'expectative, avec une surveillance étroite de la malade, est la meilleure conduite et que, lorsqu'il faut intervenir, tout doit être mis en œuvre pour faire si possible l'opération conservatrice.

OBSERVATIONS RESUMEES DE 1913 A FIN 1924

Année 1913

BAR

Grossesse de 2 mois $1/2$, gros fibrome pédiculé du fond de l'utérus. Section du pédicule, péritonisation, pas d'avortement. Guérison de la malade. Accouchement à terme.

CARMICHAEL et SCOTT (*Journ. of obst. and gynecology of the British Empire*; vol. 24, n° 2, pp. 124-125, août 1913).

Primipare de 42 ans, grossesse de 5 mois, violentes douleurs abdominales. Fibrome pédiculé du fond de l'utérus. Laparotomie avec section du pédicule et péritonisation. Guérison sans avortement. Au moment du travail, on est obligé de faire une césarienne d'urgence pour un autre fibrome sous-muqueux du canal cervical.

CHENHALL (*Australian méd. gaz.*, n° 6, 9 août 1913).

A .., Grossesse de 3 mois. Fibrome pédiculé latéral gauche. Myomectomie, guérison, accouchement à terme.

B... , Grossesse de 4 mois, fibrome interstitiel, myomectomie, capitonnage. Guérison avec accouchement à terme.

DAVIS (A.-B.) (*The American journ. of. obst. and Dis. Women and Children*, t. 68, n° 431, nov. 1913).

Primipare de 30 ans. Myome pédiculé paroi antérieure de l'utérus, grossesse de 2 mois. Enucléation de la tumeur qui était à trois doigts au-dessus de l'ombilic. Guérison avec accouchement à terme.

FRANK (*The American journ. of obst. and Dis. of Women and Children*, t. 68, pp. 97, 99; 1913).

Grossesse de 4 mois, fibrome pédiculé nécrosé, myomectomie. Guérison. Grossesse et travail normaux.

BÉGOUIN

M^{me} Ch., 30 ans, grossesse de 2 mois 1/2 avec deux fibromes utérins. Myomectomie le 10 mai 1913 en avant et en arrière du corps utérin; fibrome gros comme petite mandarine en avant, et orange aplatie et allongée en arrière, pédiculés. Section des pédicules, péritonisation à deux plans, ablation de semis fibreux sur utérus. Guérison. Accouchement à terme.

HARTMANN (*Monatschrift f. gyn. und gyn.*, t. 38, p. 349).

Primipare. Grossesse de 3 mois. Myome interstitiel. Guérison. Accouchement à terme.

KUBINGL (*Zentralblatt f. gyn.*, n° 18, 1913).

Grossesse de 3 mois, fibrome pédiculé, section du pédicule, péritonisation. Guérison. Accouchement à terme.

MEURES

Grossesse de 3 mois, fibrome sessile, myomectomie. Guérison. Accouchement à terme.

VON KOOG

Grossesse de 5 mois, fibrome pédiculé du fond utérin, section du pédicule, péritonisation. Guérison, accouchement à terme.

VAN DER VELDE (Thèse Hambourg 1913).

Grossesse de 4 mois. Utérus gravide incarcéré rebelle aux tentatives de réduction par position génu-pectorale. Myomectomie d'un fibrome pédiculé court. Guérison. Avortement.

VIOLET (*Lyon chirurgical*, 1913, p. 45).

Multipare de 45 ans, dernière grossesse il y a 15 ans. Grossesse actuelle de 3 mois, énorme fibrome pédiculé, court, atteignant les

fausses côtes. Myomectomie. *Avortement* 2 jours après. Guérison de la malade.

PERDOUX (*Archives provinciales de chirurgie*, t. 22).

Grossesse de 5 mois. Gros fibrome interstitiel de la face postérieure enclavé dans le petit bassin. Myomectomie. *Avortement* au 12^e jour. Guérison de la malade.

VIANNAY (Soc. des Sciences méd. de St-Etienne. — *Lyon chirurgical* 1913).

Grossesse de 3 mois, fibrome interstitiel de l'isthme de grossesse moyenne. Myomectomie. Guérison. Accouchement à terme.

GILLES (*Revue française gynécologie et obstétrique*, 25 août 1913).

Grossesse de 3 mois, fibrome pédiculé, section du pédicule, hémorrhéctomie. Guérison. *Accouchement prématuré* à 8 mois.

CHIFOLIAU (*Progrès médical*, 1922).

Femme de 36 ans, arrivée à l'hôpital Lariboisière en avril 1913. Grossesse de 5 mois avec douleurs dès le début. Constipation opiniâtre résistant aux lavements et aux purgatifs. Depuis le 10 avril douleurs intolérables avec troubles de la miction.

A l'examen : la malade a un facies qui respire la souffrance, le palper permet de sentir une tumeur remontant presque à l'ombilic, et de consistance inégale; la partie droite est molle, dépressible, comme l'utérus gravide. La partie gauche est ferme et résistante.

Au toucher vaginal, le col est mou et on sent, dans le cul-de-sac postérieur une grosse masse dure, irrégulière, presque immobile, remplissant la cavité sacrée. Le toucher combiné fait sentir une masse résistante du volume du poing.

Intervention le 16 avril 1913 à Lariboisière, vu l'aggravation de l'état général de la malade. Enucléation du fibrome inséré par un court pédicule sur le segment inférieur; section du pédicule; même technique pour un fibrome pédiculé de la face antérieure. Un troisième fibrome interstitiel gros comme deux poings, situé dans la paroi antérieure de l'utérus, est énucléé sans ouverture de la cavité uté-

rine. Capitonnage de la plaie. Guérison. Accouchement dans le service du docteur Boissard.

Année 1915-1916

PAUCOT et PACQUET (*Journ. d'obstétrique* 1915-16,

Réunion obst. et gyn. Lille, février 1916).

Grossesse de 5 mois, fibrome pédiculé tordu implanté sur face antérieure utérus. Myomectomie. *Avortement 3 jours après*. Mort de la malade de pneumonie post-opératoire.

BEUDER

Grossesse de 3 mois compliquée de torsion du fibrome pédiculé, avec symptômes péritonéaux graves. Myomectomie. Accouchement à terme.

Année 1917.

JOHN MAC GLIN (Myomectomie in pregnancy, *American journ. of obst.*, 1917, p. 406)

A..., Grossesse de 3 mois, fibrome pédiculé du fond utérin, section du pédicule, péritonisation. Guérison. Accouchement à terme.

B..., Grossesse de 4 mois, fibrome interstitiel gros comme une orange. Myomectomie. Guérison avec accouchement à terme.

Année 1919.

HARTMANN.

Grossesse de 4 mois 1/2, fibrome interstitiel face antérieure de l'utérus gros comme deux poings. Enucléation. Capitonnage. Guérison avec accouchement à terme.

CHAVANNAZ (Communication du 11 novembre 1919
au Congrès de chirurgie).

Grossesse de 5 mois, fibrome pédiculé du fond de l'utérus (côté gauche) avec adhérences épiploïques, section du pédicule qui est gros comme le doigt, ligature, péritonisation du moignon, administration de morphine les jours suivants. Guérison. Accouchement à terme. A

l'examen, le fibrome pesait 435 grammes et à la coupe présentait des zones de ramollissement avec liquide de puriforme aseptique et des plages de lésions faisant prévoir un sphacèle rapide.

Année 1920.

VARON et SANTY (Soc. gyn. et obst. Lyon 1920).

Grossesse de 5 mois, menaces d'avortement. Myomectomie de deux fibromes pédiculés du fond du segment inférieur. Guérison. Accouchement à terme. La malade a une autre grossesse ultérieurement.

PAUCOT.

Grossesse de 4 mois. 2 fibromes interstitiels face antérieure de l'utérus. Myomectomie. Capitonnage. Guérison. Accouchement à terme.

Année 1921.

HAMANT et VERMELIN, (Soc. obst. et gyn. Nancy, mai 1922).

Marie C., 33 ans.

Mariée à 28 ans. Dernières règles le 10 mai 1921. Volumineux abdomen, tumeur empiétant sur fosse iliaque gauche et remontant à mi-chemin de l'ombilic, une autre tumeur, séparée par un sillon est à sa droite et semble être un utérus gravide. Laparotomie le 20 août. Rachi-anesthésie, grossesse de 3 mois. Volumineux fibrome intra-ligamentaire gauche, pédiculé sur la paroi latérale du corps et de l'isthme utérin. La tumeur est attirée au dehors, section de son pédicule long de 6 centimètres, large de 3. La section est faite en quartier d'orange intéressant un bon tiers de la paroi utérine. Suture d'hémostase surjet séro-séreux et enfouissement. Oosalpyngectomie droite pour ovaire scléro-kystique. Guérison. Morphine post-opératoire. Accouchement à terme facile. Enfant de 3 kilos 500.

METZGER (Soc. obst. et gyn. de Paris, mai 1922).

X..., 41 ans. Primipare. Dernières règles mai 1921.

Examinée au 3^e mois. Femme obèse, on ne sent pas de tumeur au palper abdominal, au toucher le col utérin est derrière le pubis, for-

mant un angle très aigu avec le corps qui est reporté dans le Douglas. Cette portion rétro-fléchie est ramollie et, par place, on sent des irrégularités analogues à des parties fœtales. Au palper combiné : masse dure grosse comme une orange et située à droite de l'ombilic. Laparotomie le 9 août 1921. Fibrome gros comme une tête de fœtus à terme; sessile inséré sur le bord gauche de l'utérus plongeant dans le Douglas et tordant l'utérus d'un quart de tour sur son axe vertical. Myomectomie. Clivage facile, hémostase. Capitonage. Péritonisation. Piqûres de morphine les jours suivants. Guérison. La grossesse évolue jusqu'au 4 janvier 1922. La femme a un accouchement prématuré de 8 mois 1/2 d'un enfant de 2 kilos 740. Suites de couches fébriles à 39°5. Au quatorzième jour, l'enfant qui était nourri au sein présente des troubles gastro-intestinaux et mourait en trois jours.

REEB (*Gynécologie et obstétrique*, 1921).

X..., 23 ans. Primipare, dernières règles avril 1921. Se consulte pour pollakiurie avec difficulté progressive de la miction. Examen : tumeur dure fortement abaissée, grosse comme le poing, bombant dans le cul-de-sac antérieur et semblant dépendre de la face antérieure de l'utérus qu'elle suit si on élève l'organe en masse. Laparotomie. Utérus de trois mois. Sous le péritoine qui va de la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie on trouve une tumeur ronde, incision du péritoine sur la tumeur, découverte d'un fibrome sessile dont on incise la capsule qu'on énuclée, moyenne hémorragie. Suture, repéritonisation. Guérison. Accouchement à terme le 6 janvier 1922, en 22 heures.

REEB.

Sch..., 35 ans. Multipare, dernières règles mars 1921. Rapports sexuels après les règles.

Examen, col normal, gros utérus en antéflexion avec tumeur dure grosse comme un œuf de pigeon près de la corne droite. Laparotomie le 22 mars.

Myomectomie d'un fibrome interstitiel de la corne utérine droite avec ouverture de la cavité utérine. Fermeture, réfection du muscle utérin, des ligaments rond et ovarien, ligature de la trompe droite,

péritonisation. Guérison. La malade sort le 5 avril, sans avoir revu ses règles. Elle revient le 24 octobre 1921, disant qu'elle n'a pas vu ses règles depuis le mois de mars, et qu'elle n'a pas eu de rapports jusqu'au 15 mai, or, à l'examen elle est enceinte de 8 mois, et le 6 décembre, elle accouche à terme d'un enfant bien constitué, après avoir été opérée au vingtième jour d'une grossesse méconnue.

CHIFOLIAU (*Progrès médical*, 1922).

X..., 30 ans, 2 grossesses antérieures menées à terme, dernières règles en septembre 20. Malade consultée en février 1921, pour douleurs progressives de la fosse iliaque droite. Mauvais état général, perte de l'appétit.

Examen : Utérus gravide de 5 mois remontant jusqu'à l'ombilic et dans la fosse iliaque droite. Tumeur résistante, grosse comme le poing, douloureuse, mobile.

Laparotomie le 2 février 1921. Incision de Mac Burney. Fibrome pédiculé inséré sur la partie droite de l'utérus. Le pédicule a 2 centimètres de long et est tordu sur son axe. Incision périphérique sur le pourtour du pédicule, section, hémostase, péritonisation. Guérison. Accouchement à terme. Examen microscopique. La tumeur était en voie de nécrose.

LERICHE (*Société de chirurgie*, Lyon, 1921).

Grossesse de 5 mois. Gros fibrome pédiculé très douloureux, atteignant les fausses côtes. Myomectomie. Guérison, accouchement à terme.

PLAUCHU (*Réunion obst. et gyn. de Lyon*, juin 1921).

X..., 31 ans. Enceinte peu après son mariage. Examen au 3^e mois; on trouve deux masses abdominales, une dure, du volume d'une orange, déjetée à droite et constituée par le fibrome, l'autre molle, médiane, débordant sur la gauche, c'est l'utérus gravide.

Laparotomie le 6^e mois, pour accidents de torsion. Fibrome très pédiculé (6 centimètres de long), section du pédicule, hémostase, péritonisation. Guérison, accouchement à terme.

BÉRARD (Soc. chirurgie de Lyon, déc. 1921)..

Grossesse de 3 mois. Fibrome pédiculé et douloureux, section, hémotase, péritonisation. Guérison, accouchement à terme.

Année 1922.

J.-L. FAURE (*Bulletin soc. chirurgie*, Paris, 1922).

A..., grossesse de 6 semaines, fibrome pédiculé du segment inférieur, section du pédicule, hémotase, péritonisation. Guérison. Accouchement à terme.

B..., grossesse de 4 mois. Assez gros fibrome sessile, face antérieure de l'utérus. Myomectomie. Guérison. Avortement.

LOCKYER (*The new system of Gyn.*, II 239).

A..., grossesse de 3 mois, fibrome pédiculé fond utérin, section pédicule, hémotase, péritonisation, accouchement à terme.

B..., grossesse de 4 mois, fibrome pédiculé, paroi latérale de l'utérus, section, péritonisation, accouchement à terme.

LE LORIER et DUCHÈNE (*Bull. soc. obst. et gyn.*, Paris, 1923, n° 2).

X..., 39 ans. Grossesse de 3 mois $1/2$. Signes d'occlusion intestinale avec tumeur fosse iliaque droite. Laparotomie. Enucléation d'un gros fibrome comme deux poings, pédicule, avec adhérences de deux anses intestinales à son niveau. Le myome est d'ailleurs en voie de nécrose.

Myomectomie, guérison, accouchement prématuré à 8 mois $1/2$.

COTTE (*Lyon chirurgical*, 1922).

A..., grossesse de 5 mois $1/2$, sur côté gauche de l'utérus, tumeur grosse comme une orange, très douloureuse, mobile, nécessitant repos au lit. Laparotomie. Myomectomie d'un fibrome sous-séreux, l'utérus renferme de nombreux autres petits noyaux. Guérison, accouchement en décembre, travail normal.

B..., femme de 30 ans. Grossesse de 2 mois environ. Rétention d'urine, 5 crises récidivantes en 15 jours. A l'examen : gros fibrome enclavé. Myomectomie d'une tumeur pédiculée de la face postérieure

de l'utérus près de la corne droite. Guérison au 8^e mois, la grossesse continuait son cours.

C..., femme de 35 ans 1/2, dernière grossesse il y a 11 mois. On a constaté un fibrome au moment de la délivrance. Actuellement envoyée par un médecin pour traiter le fibrome, or il y a une grossesse méconnue de 1 mois 1/2.

Laparotomie. La masse principale est l'utérus gravide qui a un petit noyau fibromateux pédiculé. Myomectomie. Accouchement à terme.

DUJARIER (Soc. chirurgie, Paris, 1922).

Grossesse de 3 mois. Laparotomie, ablation de 8 fibromes dont 5 pédiculés et 2 interstitiels. Guérison. Continuation de la grossesse.

VILLANDRE (Soc. chirurgie, Paris, 1922).

Grossesse de 3 mois 1/2. Gros fibrome pédiculé intraligamenteux gauche du volume d'une tête fœtale. Incision du péritoine entre ligament rond et trompe. Enucléation. Ablation d'un kyste parovarien droit. Guérison. Accouchement à terme.

MOURE (*Bulletin gyn. et obstétrique*, 1922).

J. S..., 32 ans, mariée en 1922, se croit enceinte en juin 1922. Consultée pour douleurs abdominales, son médecin la croit enceinte en novembre 1922.

Examen : Grosse tumeur atteignant le rebord costal et descendant jusqu'au voisinage de l'épine iliaque ant. sup. droite. Tumeur lisse arrondie; contact lombaire droit, mobile en tous sens, mate à la percussion. Au toucher, col mou, utérus gravide repoussé à gauche, avec tumeur suivant ses mouvements, enfant vivant.

Laparotomie le 22 novembre 1922. Grossesse de 5 mois. Anesthésie au chloroforme, tumeur enclavée dans l'hypocondre droit, nécessitant une incision transversale à partir de l'ombilic. Il s'agit d'un fibrome gros comme une tête d'adulte, inséré par un pédicule à la face latérale droite de l'utérus, en contact avec la paroi, et repoussant le colon ascendant en arrière. Libération d'adhérences, extériorisation de la tumeur, qui a un pédicule de 10 centimètres de diamètre avec gros vaisseaux. Taille d'un double lambeau au dépens de ce

pédicule, hémostase soignée, suture-grefe épiploïque, suites opératoires normales, accouchement à terme.

DUPONT (*Bulletin obstétrique et gynécologie*, 1923).

M. S..., 35 ans. Entrée en octobre 1922 à l'hôpital de Nantes, dernières règles en juillet 1922.

Premier examen : Utérus gravide de 3 mois, reporté à gauche et en arrière, tumeur dure, grosse comme une orange, faisant corps avec l'utérus, saillante au-dessus du pubis, on met la femme en surveillance.

Deuxième examen : un mois après, la malade revient, la tumeur a presque doublé, elle est très douloureuse, pas de fièvre, diag. nécrose centrale du fibrome.

Laparotomie le 5 décembre 1922. Anesthésie éther. Enucléation facile d'un premier fibrome sessile de la face antérieure de l'utérus, un peu sur la droite et d'un second sessile aussi, un peu plus inférieur que le premier. Capitonnage des cavités suturées, légère hémorragie, greffe épiploïque qui fait l'hémostase.

Guérison après séjour au lit de 3 semaines, accouchement prématuré à 8 mois, enfant vivant

FRUHHINSHOLZ et HAMANT (*Gynécologie et obstétrique*, 1922).

X..., 42 ans, entre à la clinique obstétricale de Nancy le 20 novembre 1922. Secundipare, dernières règles le 4 mai 1922.

Début octobre, c'est-à-dire dans le 5^e mois, perte brusque de sang avec caillots, arrêt de ces pertes, puis reprise fin octobre avec mauvais état général.

Examen : malade très anémiée. Utérus normalement développé pour l'âge de la grossesse, avec un fibrome gros comme le poing, indolore, accolé sur son flanc droit. Au toucher, on trouve un second fibrome comme le poing, situé dans l'épaisseur de la lèvre antérieure du col, inséré par une large base à la partie antéro-latérale droite du col, l'orifice externe du col est dilaté comme une pièce de 5 francs et complètement effacé, le trajet cervical est perméable à 2 doigts, chaque toucher donne une hémorragie considérable due à des varices de la muqueuse vaginale de la lèvre antérieure. Intervention le

28 novembre (D^r Hamant). Boutonnière sur face antérieure de la lèvre antérieure du col aux ciseaux, hémorragie assez abondante, ouverture de la coque du fibrome, clivage facile, section et ligature du pédicule, tamponnement de la coque au sérum gelatiné. Capitonnage avec une mèche laissée 48 heures, traitement par la morphine les jours suivants (3 centigrammes pro die), quelques contractions utérines. Guérison de la place le 12 décembre. Accouchement à terme, sans difficulté, le 4 février 1923.

Année 1923.

GILLES (*Gynécologie et obstétrique*, 1923).

Grossesse de 3 mois, fibrome pédiculé face antérieure de l'utérus. Myomectomie, accouchement prématuré à 8 mois.

METZGER (*Gynécologie et obstétrique*, 1923).

M^{me} S..., 38 ans, primipare, dernières règles le 18 août.

Examen : Utérus gravide de 3 mois, avec fibrome douloureux, mobile, probablement implanté à droite et peut-être avec accidents de torsion. Laparotomie le 4 décembre. Myomectomie d'un fibrome pédiculé de la face antérieure et d'un autre fibrome pédiculé de la face postérieure. Guérison, la grossesse n'est pas interrompue.

BÉGOIN.

M. A..., 28 ans. Grossesse de 3 mois 1/2. Il y a 3 semaines, a constaté dans le côté gauche du bas-ventre une petite tumeur qui grossit. Diagnostic : fibrome pédiculé et bosselé sur l'utérus. Laparotomie le 31 janvier 1923, sous Schleich modifié. Utérus gravide de 3 mois avec fibrome gros comme un œuf de dinde bosselé et 4 autres très petits comme des noisettes. Myomectomie facile; suite: le 2^e jour, coliques utérines avec avortement en 48 heures environ.

HARTMANN (*Gynécologie et obstétrique*, 1923).

X..., 39 ans, dernières règles en janvier 1923.

Entrée dans le service le 25 avril 1923 pour douleurs dans la fosse iliaque gauche, existant depuis février.

Examen : palper : première tumeur arrondie résistante remontant

au-dessous et à gauche de l'ombilic. Deuxième tumeur, située au-dessous de la première plus dure, plus grosse, également arrondie et s'enfonçant dans la partie droite du bassin.

Au toucher : col ramolli, situé derrière le pubis, grosse tumeur remplissant l'excavation.

Laparotomie le 30 avril 1923.

Gros utérus, avec 2 petits nodules, gros comme des grains de chénevis, situés au-dessus, en avant et à gauche d'une tumeur bleue grisâtre, lobulée, recouverte d'une lame péritonéale avec le ligament rond. Extériorisation de la tumeur, il s'agit d'un fibrome pédiculé, sur la partie postérieure latérale droite de l'utérus au-dessus de l'isthme, par une lame de 7 centimètres de large, section du pédicule, hémostase.

Guérison. La grossesse n'a pas été interrompue.

PLAUCHU et GAUDON (*Gynécologie et obstétrique*, 1923).

B..., 30 ans, primipare, vient en février 1923 à la consultation de l'Hôtel-Dieu, au 7^e mois de sa grossesse avec un fœtus vivant.

Premier examen : Masse indolore, irrégulière, très mobile, sail-lante, située sur face antérieure corne utérine gauche et pouvant être entraînée presque dans le flanc droit, pas d'indication opératoire.

Deuxième examen : Masse très mobile, il y a des signes de torsion du pédicule, on décide d'intervenir.

Laparotomie le 6 mars 1923 (D^r Durand).

Extériorisation de la tumeur, dissection d'une collerette périto-néale autour du pédicule, long de 7 centimètres, large de 4 centimè-tres. Section. Hémostase. Guérison, accouchement prématuré 36 heu-res après d'un fœtus de 2 kilos 350 grammes.

JOB et HAMANT (*Gynécologie et obstétrique*, 1923).

X..., 25 ans, primipare. Grossesse de 3 mois 1/2.

Examen : utérus gravide de 3 mois 1/2, reporté à gauche, grosse masse comme le poing située à droite, sus-pubienne, dure mobilisable sur le corps utérin. Irrégularités perceptibles sur le fond utérin. Au toucher : col dévié à droite, on ne sent pas la masse latérale droite, dont la mobilisation n'entraîne pas les mouvements du col.

Laparotomie le 12 août (D^r Hamant).

Fibrome bas inséré, sessible gros comme le poing (310 gr.) inséré sur la corne droite de l'utérus. Enucléation ainsi que celle de trois autres petits fibromes de la face antérieure et du fond. La paroi utérine est assez lésée, surtout par l'enucléation d'un autre noyau de la face postérieure. Contractions utérines durant les quatre ou cinq jours suivants. Morphine (3 centigr.). L'alerte se calme.

Continuation de la grossesse, avec accouchement à terme en février.

CHARRIER et RIOUX (*Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1923).

Grossesse de 4 mois. Laparotomie fibrome sphacélé pédiculé largement sur la face antérieure utérus. Vu sa large base d'implantation, il y a une brèche importante de l'utérus. Capitonnage. Guérison. Accouchement à terme d'un enfant de 4 kilos.

BURTY.

Grossesse de 4 mois. Fibrome pédiculé implanté sur la face latérale de l'utérus, mobilité très grande, section du pédicule, péritonisation. Guérison. Accouchement à terme.

Année 1924.

LACOUTURE et FAVREAU (*Gazette sciences médicales de Bordeaux*, mai 1924).

Grossesse de 4 mois. Myomectomie pour douleurs intenses au niveau du fibrome. Vu l'éloignement qu'aura la malade lors de son accouchement aux colonies, on fait une opération préventive. Fibrome interstitiel. Enucléation. Capitonnage. Guérison. Accouchement à terme.

HALLER (*Bulletin Soc. chirurgie Paris*, mai 1924).

A..., Grossesse de 3 mois, fibrome sessile. Enucléation. Hémostase par capitonnage. Guérison. Accouchement à terme.

B..., Grossesse de 4 mois, fibrome pédiculé, section du pédicule, péritonisation. Guérison. Accouchement à terme.

VILLANDRE (*Bulletin Soc. chirurgie Paris*, mai 1924).

Grossesse de 3 mois. Fibrome pédiculé du fond utérin. Section du pédicule. Hémostase. Péritonisation. Guérison. La grossesse n'a pas été interrompue.

GOSSET.

Grossesse de 3 mois. Laparotomie le 15 juillet 1924. Fibrome sessile, gros comme une petite orange, situé sur la face postérieure de l'isthme utérin. Enucléation. Capitonage au catgut n° 2. Guérison. La grossesse n'a pas été interrompue et l'accouchement n'a pas encore eu lieu.

COMMANDEUR.

Malade hospitalisée à la clinique obstétricale de Lyon.

Grossesse de 4 mois 1/2 avec douleurs et accroissement rapide d'un fibrome pédiculé. Laparotomie. Tumeur grosse comme deux têtes fœtales accolées reliée au bord droit du corps utérin par un pédicule long de 1 centimètre et large à sa base de 3 centimètres, taille d'une collerette. Capitonage. Guérison. Fausse couche le lendemain de l'intervention.

DESCARPENTRIES.

Malade âgée de 32 ans, primipare. Grossesse de 4 mois. Fibrome gros comme une tête fœtale, douloureux et enclavé dans le bassin. Laparotomie. Tumeur sessile de l'isthme utérin grosse comme une tête fœtale. Myomectomie. Capitonage. Fermeture sans drainage.

Mort le 4^e jour par péritonite (autopsie), avec des sutures tenant normalement.

SANGUES (Oran).

Grossesse de 5 mois. Malade ayant déjà eu une grossesse antérieure avec accouchement d'un enfant mort, par version grâce à la dystocie due au fibrome. A l'examen de cette seconde grossesse, il y a une volumineuse tumeur pelvienne. Laparotomie. Fibrome gros comme une tête d'enfant développé sur l'isthme, interstitiel, et débordant dans le ligament long gauche. Enucléation. Guérison. Accouchement à terme.

HAMANT (Nancy).

A..., Grossesse de 3 mois. Laparotomie. Fibrome sessile, latéral gauche du corps utérin. Enucléation. Guérison. Accouchement à terme.

B..., Grossesse de 3 mois. Laparotomie. Fibromes pédiculés multiples insérés sur le corps utérin, section des pédicules, péritonisation après hémostase. Guérison. Accouchement à terme.

C..., Grossesse de 4 mois. Laparotomie. Fibrome pédiculé, gros comme le poing, base d'implantation comme une pièce de cinq francs, inséré sur le corps utérin. Section du pédicule après taille d'une collette. Péritonisation. Guérison. Accouchement à terme.

GOINARD.

Grossesse de 5 mois, entrée à l'hôpital le 15 mars avec une tumeur asymétrique à accroissement rapide. Malade primipare de 42 ans. Vu les craintes pour l'accouchement, laparotomie le 29 mars 1924.

Fibrome interstitiel, aussi gros que l'utérus, inséré sur le corps utérin. Enucléation. Capitonnage de la brèche.

Suites opératoires : faciès un peu grippé, ballonnement abdominal, température à 38°, légères pertes sanguines reparaissant jusqu'au 7 avril par intermittences et s'accompagnant de contractions utérines.

Le 10 avril, avortement, 13 jours après l'opération. Longue convalescence allant jusqu'au 10 mai.

J.-L. FAURE.

A..., Grossesse de 2 mois. Laparotomie. Fibrome sessile, inséré près de l'isthme utérin. Enucléation. Capitonnage. Guérison. Avortement.

B..., Grossesse de 4 mois. Laparotomie. Fibrome pédiculé derrière l'isthme de l'utérus. Section du pédicule. Péritonisation après hémostase. Guérison. Accouchement à terme.

BUÉ et POTEL.

Secundipare de 30 ans.

Grossesse de 5 mois. Laparotomie. Fibrome sessile, gros comme une orange, encastré dans la paroi utérine gauche faisant saillie à

l'extérieur, avec début de sphacèle dans cette partie externe. Myomectomie sans ouverture cavité utérine. Capitonage par deux plans de suture, avec péritonisation. Guérison. Accouchement à terme.

BuÉ.

Primipare de 27 ans, enceinte de 3 mois, se plaint de douleurs abdominales.

Examen : utérus gravide en position normale, à côté; on perçoit une tumeur abdominale mobile, para-ombilicale. Laparotomie. Fibrome pédiculé sur le fond utérin, gros comme une tête fœtale, avec ascite légère, section du pédicule, ligature en chaîne de ce pédicule long de 7 centimètres, large de 4. Guérison. La grossesse n'a pas été interrompue.

VAUTRIN.

A..., Grossesse de 3 mois. Fibrome interstitiel du fond utérin. Enucléation. Capitonage à deux plans. Guérison. La grossesse n'a pas été interrompue.

B..., Grossesse de 4 mois, 2 fibromes; le premier est sessile et inséré sur le fond utérin; le second, sessile aussi, est inséré sur le corps utérin. Enucléation. Capitonage. Guérison. La grossesse n'a pas été interrompue.

C..., Grossesse de 4 mois. 2 fibromes. Le premier est sessile et inséré sur le fond utérin; le second est encore sessile et inséré sur tonéale. Capitonage par points en U. Guérison. Accouchement à terme.

PAUCOT.

A..., Grossesse de 3 mois 1/2. Laparotomie, fibrome unique, à pédicule court, inséré sur une surface comme une pièce de deux francs sur la face postérieure du fond utérin, dissection d'une collerette péritonéale. Capitonage par points en U. Guérison. Accouchement à terme.

B..., Grossesse de 4 mois 1/2. Antécédents de torsion. Laparotomie. 3 fibromes utérins. 2 sont sessiles, gros comme une noix et une noisette, situés sur le fond utérin et laissés en place, le 3^e est pédiculé, allongé comme un concombre et inséré au-dessus de l'isthme utérin. Section du pédicule. Péritonisation. Guérison. Accouchement à terme.

TÉDENAT.

Julie P..., 29 ans, mariée à 28 ans. Enceinte 6 mois après. Examinée au 4^e mois, pour difficulté de la miction, puis impossibilité sans la sonde. Au palper combiné : Tumeur dure saillante au-dessus du pubis et dans le cul-de-sac antérieur, comprimant le col vésical. Laparotomie : gros fibrome (2 k. 800) attaché par un pédicule de 4 centimètres de long sur 3 de large à la face antérieure du col utérin.

La malade a reçu, matin et soir, 2 jours avant l'opération et dans les 3 jours suivants, un lavement laudanisé; quelques légères coliques utérines. Accouchement à terme d'un gros garçon.

LOUBAT.

A. X..., 32 ans, primipare; dernières règles en janvier 1923. En mars, le ventre a grossi sensiblement, avec douleurs abdominales de plus en plus vives dans le côté droit, et accompagnées de vomissements. Altération de l'état général, teint légèrement terreux, diminution de l'appétit.

Examen : tumeur arrondie, grosse comme le poing, située dans la région de la corne droite de l'utérus gravide. Cette tumeur est indépendante et douloureuse. On pense à un kyste de l'ovaire tordu.

Opération le 18 avril. Grossesse de 3 mois 1/2. Fibrome gros comme le poing, implanté sur la corne utérine par un pédicule court et assez large. Extirpation du fibrome; suture au catgut de la plaie utérine qui n'intéresse que la partie superficielle du muscle.

Administration de « Pantopon » à la malade, avant et après l'opération. Guérison. Accouchement à terme, avec application de forceps. A la coupe, la tumeur avait une teinte jambonnée par places, brunâtre en d'autres; cet aspect et sa consistance ne laissent aucun doute sur sa nécrobiose, confirmée histologiquement par l'examen du docteur P. Nadal.

B. X..., 35 ans. Pas de passé génital pathologique. Une grossesse 11 ans auparavant. Dernières règles en août 1924. Vers le 15 novembre, violente crise douloureuse dans le bas-ventre, surtout à gauche,

avec vomissements et constipation. Début décembre, nouvelle crise plus violente, avec fièvre, vomissements durant 4 jours.

Examen de la malade : corps utérin dépassant le pubis de 10 centimètres, volumineux, mou. Dans la fosse iliaque gauche, tumeur saillante sur la masse principale, dure, douloureuse et faisant corps avec l'utérus.

Laparotomie le 23 décembre 1924. On trouve un utérus gravide, portant sur sa face antérieure un fibrome gros comme une pomme. Adhérences épiploïques nécessitant une résection partielle. Enucléation du fibrome qui est interstitiel, mais intéresse peu la couche musculaire. Capitonage de la plaie utérine.

Administration de « Pantopon », avant et après l'opération.

Apparition de violentes coliques utérines, pendant les 4 jours qui suivent l'opération. Puis, tout rentre dans le calme; guérison opératoire et la grossesse poursuit son cours.

A l'examen histologique de la pièce, on a constaté un leiomyome bénin avec un début de sphacèle, systématisé en marbrures séparées par des plages de sphacèle moins avancé.

FERRÉ (Pau).

A. B..., 28 ans, secundipare; grossesse de 5 mois. La première gestation s'est terminée par une fausse couche de 2 mois 1/2 environ. Elle a le plus vif désir de conserver son enfant, et a déjà eu deux crises douloureuses au cours de cette seconde grossesse.

Examen : la tumeur atteint le rebord des fausses côtes et a considérablement grossi. Elle coiffe le fond de l'utérus et le déborde de tous côtés, particulièrement sur la ligne médiane; elle est légèrement douloureuse à la pression et un sillon appréciable la sépare du globe utérin.

Mise en observation de la malade : on constate l'accroissement rapide de la tumeur.

Laparotomie : volumineux fibrome pédiculé, inséré sur face antérieure angle droit utérus, avec demi-torsion de ce pédicule, adhérences épiploïques avec la tumeur.

Section du pédicule, après la taille d'une collerette péritonéale et hémostase. Les fils de ligature sont noués à ceux de la ligature épi-

plœique de façon à tarir tout suintement sanguin; quelques contractions utérines les jours suivants sont calmées par la morphine Guérison opératoire.

Accouchement à terme d'un enfant de 3 kil. 800.

LEVANT.

A. X..., grossesse de 4 mois $1/2$; fibrome interstitiel face antérieure, utérus près du bord droit. Enucléation de cette tumeur, qui grossissait rapidement avec douleurs et atteignait le volume d'une grosse orange. Capitonnage au catgut. Grosses doses de morphine les jours suivants. Guérison. Accouchement à terme.

B., janvier 1925.

X..., primipare; grossesse de 4 mois; fibrome interstitiel de la face antérieure, utérus, grossissant très vite, avec douleurs, même technique de myomectomie. Guérison. La grossesse suit son cours, l'accouchement doit avoir lieu en mai prochain.

C., janvier 1925.

X..., primipare; grossesse de 4 mois. Gros fibrome pédiculé, inséré sur le bord utérin droit et fixé dans le Douglas avec troubles de compression : sciatique droite, pyélonéphrite et obstruction intestinale faisant craindre occlusion possible.

Laparotomie, extériorisation de l'utérus, section du pédicule qui était long et tordu. Guérison. Pas d'interruption de la grossesse. Accouchement prévu pour mai prochain.

CONCLUSIONS

I. — La myomectomie est l'opération idéale tant pour la mortalité maternelle que pour la mortalité fœtale, lorsqu'il y a des indications opératoires formelles, au cours d'une grossesse avec fibromes.

II. — Cette intervention peut être pratiquée soit d'urgence, lorsque les indications sont indiscutables, soit au moment choisi, lorsqu'elle n'a qu'une nécessité relative. Dans ce dernier cas, on peut lui préférer souvent l'abstention, avec surveillance de la malade et opération césarienne simple ou suivie de myomectomie ou d'hystérectomie s'il survient des complications graves près du terme ou au moment du travail. C'est maintenant la conduite la plus souvent adoptée.

III. — On doit renoncer à la myomectomie lorsqu'il existe des complications annexielles septiques, un fibrome à marche galopante, du sphacèle et de la gangrène de la tumeur, surtout si elle est sessile, ou bien si l'état général de la malade est très mauvais.

IV. — Il existe une différence notable dans la gravité opératoire des fibromes sessiles et des pédiculés. Il y a beaucoup plus de chances de voir la grossesse s'interrompre après l'énucléation d'un fibrome non pédiculé. Ce sont, à proprement parler, deux opérations toutes différentes au point de vue opératoire et pronostic.

V. — Il semble que le meilleur moment pour intervenir soit entre le quatrième et le cinquième mois, lorsqu'il n'y a que des

indications relatives. Passé ce délai, les chances d'interruption de la grossesse croissent avec la proximité du terme.

VI. — Lorsque la myomectomie a été possible, les suites opératoires sont le plus souvent normales; il y a une faible mortalité maternelle. Les suites tardives sont également bonnes et, ainsi que l'a montré Goullioud, l'avenir de la malade n'est nullement assombri, mais, au contraire, présente l'avantage de la possibilité de maternités futures.

VII. — J.-L. Faure a formulé contre la myomectomie les reproches d'être plus grave que l'hystérectomie, d'être incomplète et d'exposer aux récides, enfin de donner un grand nombre d'avortements. Il y a une part de vrai dans cette critique, mais le caractère d'opération conservatrice, au plus haut degré, de la myomectomie suffit à la justifier souvent. Il sera prudent, lors de l'opération, de suivre le conseil de Balfour Marshall, qui demande toujours à la malade l'autorisation de faire l'hystérectomie, si elle s'imposait.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
P. BÉGOUIN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 12 mai 1925.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALEXANDROFF. — De l'intervention opératoire pour fibromes utérins pendant la grossesse. *Chirurgica Moskawa*, IV, 1901.
2. AUDEBERT et FOURNIER. — *Bulletin Soc. gyn. et obst.*, 1921, p. 411.
3. BAR. — Fibromes et grossesse. *J. des praticiens*, n° 7, 1912.
4. BALARD. — *Bulletin Soc. gyn. et obst.*, 1922, p. 488.
5. BARBIER. — Sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse.
6. BENOÎT-GONIN. — Grossesse après myomectomie. Thèse de Lyon, 1913.
7. BRINDEAU et DESAUBRY. — Fibrome et gestation. *Presse médicale*, 1923.
8. BOURSIER. — Fibrome et grossesse. *Revue mensuelle de gynécologie de Bordeaux*, 1903.
9. BURTY. — Contribution à l'étude des fibromes compliqués de grossesse. Thèse de Paris, 1907.
10. BAUDOT. — Thèse de Nancy, 1924.
11. COUVELAIRE. — Myomectomie pendant la grossesse. *Annales de gynécologie et obstétrique*, 1910.
12. CHAVANNAZ. — Fibromes utérins sphacelés au cours de la grossesse. *Revue gynécologique*, 1911, p. 147.
13. — *La Gynécologie*, 1912; *Annales de gynécologie*, 1912; Congrès de chirurgie, octobre 1919; *Gyn. et obst.*, 1920, p. 100.
14. CLEIZ. — Fibromes gravidiques. Thèse de Nancy, 1908.
15. CONDAMIN. — Myomectomie sur utérus gravide. *Lyon médical*, 1904.

16. COTTÉ. — Myomectomie pendant la grossesse. Soc. chir. Lyon, 1912.
17. DARTIGUE. — Myomectomie pendant la gestation, 1923.
18. DELAGENIÈRE. — Indications opératoires dans les cas de fibromes de l'utérus compliqués de grossesse. Congrès de gynécologie de Nantes, 1907.
19. DELBET. — Fibrome et grossesse. *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1902.
20. DORAN. — Myomectomie for fibrom during pregnancy. Soc. obst. and gyn. British Empire Londres, 1901.
21. DUCAMP. — Myomectomie sur utérus gravide. *Revue de chirurgie*, 10 novembre 1900.
22. FONTAINE. — Myomectomie au cours de la grossesse. Paris, 1914.
23. GOULLILOUD. — Myomectomie au cours de la grossesse. *Presse méd.*, 1922, p. 168.
24. GROSSE. — Indications opératoires au cours de la grossesse compliquée de fibrome. Thèse de Paris, 1902.
25. GUICCIADI. — La myomectomia in gravidanza. *La Gynecologia*, 1904.
26. HARDOUIN. — Conduite à tenir dans la grossesse compliquée de fibrome utérin. *Archives générales de chirurgie*, 1907.
27. HARTMANN. — Myomes pendant la grossesse. *Presse méd.*, 1911, p. 933; *Bull. Soc. gyn. et obst.*, 1923.
28. HERMAN-LEGRAND et BARON. — Myomectomie au cours de la grossesse. *Annales gynécologie et obstétrique*, 1912.
29. HARTMANN. — Myomenukleation aus dem graviden uterus. *Gyn. Rundschau*, 1912.
30. HILL. — Uterine fibromyoma complicating pregnancy. *New medical Journal*, 1910.
31. HOFFMEIER. — Die myotomie. *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, Stuttgart, 1894.
32. JAMAIN. — Fibrome et puerpéralité. Thèse de Paris, 1907.
33. JOUBERT. — Indications opératoires au cours de la grossesse
" compliquée de fibrome. Paris, 1906.

34. LANCE. — Myomectomie pendant la gestation. Soc. chirurgie Paris, 1910.
35. LEMBERGSKY (d'Odessa). — Casuistique de myomectomies pendant la grossesse. *Roussky Vrach*, t. X, n° 3, 1911.
36. LEPAGE et MONCHOTTE. — Torsion, fibromes pédiculés au cours de la grossesse. *Annales gyn. et obst.*, 1906.
37. LOBENSTEIN. — Fibromes compliquant grossesse, travail et puerpéralité. *American Journ. of obst. and disies of Women and children*.
38. MAROIS. — Utérus fibromateux compliqué de grossesse. *Bull. méd.*, Québec, 1905.
39. MIKINOFF. — Conservative myomectomy in pregnancy. *Russ. Wracht*, Pétrograd, 1905.
40. MONOD et VANVERTS. — Technique opératoire.
41. MORAN. — Fibroid tumors of the uterus, complicaty fregnancy labor, and the puerperium. *Am. J. of and dis. of Women and children*, 1911.
42. REEB. — Fibrome et gestation. *Gyn. et obst.*, 1921, t. III.
43. RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE. — Traité obstétrique.
44. STRATZ. — Myomectomie pendant la grossesse. *Annales gynécologie et obst.*, 1906.
45. TIXIER. — Fibrome utérin intraligamentaire. Grossesse de deux mois. *Lyon médical*, 1906.
46. TEDENAT. — *Bull. Soc. gynécologie et obst.*, 1922, p. 542.
47. TEULIÈRE. — Fibromes et grossesse. Thèse de Bordeaux, 1921.
48. THORING. — Myomectomie and pregnancy. *Australasian Gazett*, Sydney, 1904.
49. TURNER. — Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques. Thèse de Paris, 1910.
50. VAUTRIN. — *Bull. Soc. gynécologie et obst.*, 1920, p. 592.
51. VIEL. — Fibromes gravidiques. Paris, 1920.
52. VIGNARD. — Utérus gravide avec fibrome. *Gaz. méd. de Nantes*, 1903.

